

ANNÉE 1938

THÈSE

N°

432

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

André MÉRIAN

né à Vannes le 13 Février 1911

CONSIDÉRATIONS

SUR

L'ÉVACUATION RAPIDE ET TOTALE DE L'UTÉRUS

EN DEHORS DE L'ACCOUCHEMENT PAR INCISION ANTÉRIEURE DU COL

PRÉSIDENT

M. CUNÉO

PROFESSEUR

VANNES

IMPRIMERIE A. CHAUMERON
2, PLACE DE L'HÔTEL-DE-VILLE, 2

1938

CONSIDÉRATIONS

SUR

**L'ÉVACUATION RAPIDE ET TOTALE DE L'UTÉRUS
EN DEHORS DE L'ACCOUCHEMENT
PAR INCISION ANTÉRIEURE DU COL**



Digitized by the Internet Archive
in 2026

ANNÉE 1938

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

André MÉRIAN

né à Vannes le 13 Février 1911

CONSIDÉRATIONS

SUR

L'ÉVACUATION RAPIDE ET TOTALE DE L'UTÉRUS

EN DEHORS DE L'ACCOUCHEMENT
PAR INCISION ANTÉRIEURE DU COL

PRÉSIDENT

M. CUNÉO

PROFESSEUR

VANNES

IMPRIMERIE A. CHAUMERON
2, PLACE DE L'HÔTEL-DE-VILLE, 2

1938

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIÈRE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
Hygiène et clinique de la première enfance	Marcel LABBÉ.
	LEREBoullet.
	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies des enfants	H. CLAUDE.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	GOUGEROT.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GUILLAIN.
Clinique des maladies du système nerveux	LEMIERRE.
Clinique des maladies infectieuses	CUNÉO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
	LÉVY-SOLAL.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHÉRY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	M. VILLARET.
Clinique de la tuberculose	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Clinique cardiologie	LAUBRY.
Clinique d'Assistance Médico-sociale	CROUZON.
Professeurs sans chaire	HOVELACQUE.
	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

AMELINE.... Pathologie chirurgicale.
 BARIÉTY.... Pathologie médicale.
 BÉNARD Henri. Pathologie médicale.
 BERNARD Et... Pathologie médicale.
 BESANÇON Justin. Hydrologie.
 BOULIN..... Pathologie médicale.
 BULLIARD... Histologie.
 CATHALA.... Pathologie médicale.
 CHEVALLIER. Pathologie médicale.
 COSTE..... Pathologie médicale.
 DOGNON... .. Physique.
 FEY..... Urologie.
 FUNCK Pathologie chirurgicale.
 GALLIARD .. Parasitologie.
 GASTINEL... Bactériologie.
 DE GAUDART D'ALLAINES... Pathologie chirurgicale.
 GAYET..... Physiologie.
 DE GENNES . Pathologie médicale.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU.. Pathologie médicale.
 HALPHEN... Oto-rhino-laryngologie.
 HAZARD..... Pharmacologie.
 HUGUENIN.. Anatomie pathologique.
 JOANNON.... Hygiène.
 LACOMME... Obstétrique.
 LANTUÉJOUL.. Obstétrique.

MM.

LAROCHE Guy . Pathologie médicale.
 LAVIER Parasitologie.
 LELONG Pathologie médicale.
 LEMAIRE ... Pathologie expérimentale.
 LEVEUF..... Pathologie chirurgicale.
 M^{lle} J. LÉVY. Pharmacologie.
 LÉVY-VALENSI. Neurologie et Psychiâtrie.
 MÈNÉGAUX . Pathologie chirurgicale.
 MOLLARET.. Pathologie médicale.
 MOREAU..... Pathologie médicale.
 MOULONGUET. Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN.... Pathologie médicale.
 PETIT-DUTAILLIS.. Pathologie chirurgicale.
 PIÉDELIEVRE. Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RENARD..... Ophtalmologie.
 RICHET..... Physiologie.
 SANNIÉ..... Chimie biologique.
 SÈNÈQUE ... Pathologie chirurgicale.
 TROISIER... Pathologie expérimentale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH... Pathologie chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE pour le service des examens

MM.

ALGLAVE.... Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET.... Pharmacologie.
 CHAILLERY-BERT Physiologie.
 GUÉNIOT.... Obstétrique.
 HEITZ-BOYER. Pathologie chirurgicale

MM.

LARDENNOIS.. Pathologie chirurgicale.
 LE LORIER.. Obstétrique.
 SCHWARTZ.. Pathologie chirurgicale.
 VAUDESCAL. Obstétrique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE
à titre permanent

MM.		MM.	
ALAJOUANINE ..	} Clinique médicale	BASSET	} Clinique chirurgicale
AUBERTIN		BROCQ	
BRULÉ		CADENAT.....	
CHABROL		GATELLIER ..	
DONZELOT		MOURE.....	
DUVOIR.....		QUENU	
LIAN... ..		VELTER.....	
PASTEUR-VALLERY-RADOT ..			
SÉZARY			

MM.	
ECALLE	} Clinique obstétricale
METZGER	

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé.....	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 Décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans des dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

INTRODUCTION

De la rapidité et de la totalité de l'évacuation de l'utérus dépend l'avenir immédiat et tardif des malades en cours d'avortement spontané ou provoqué.

Si cette évacuation, qui, parfois, se fait spontanément, est facile à réaliser dans la majorité des cas, où le col est largement dilaté, elle devient beaucoup plus difficile lorsque le col est fermé ou, tout au moins, peu dilatable.

Ce même obstacle qu'est un col insuffisamment dilaté se rencontre lorsque l'on veut intervenir pour des cas chroniques sur un utérus au repos, par exemple lorsqu'il s'agit de métrites hémorragiques.

C'est dans ces cas aigus et chroniques, où la dilatation artificielle est impossible ou trop lente, que nous croyons utile une technique déjà préconisée par M. Metzger et qui est employée de plus en plus, avec succès, dans le service du Dr Caudrelier : *l'incision du col après colpotomie antérieure*, opération que nous pourrions appeler *colpocervicotomie antérieure*.

Après avoir rappelé la physiologie de la dilatation du col, nous étudierons les cas aigus et les cas chroniques dans lesquels l'évacuation de l'utérus est indiquée, en laissant, toutefois, de côté la question des accouchements.

PHYSIOLOGIE DE LA DILATATION DU COL

Le corps de l'utérus est formé de fibres musculaires lisses. Il est un peu schématique de décrire une couche externe, mince, longitudinale ; une moyenne, beaucoup plus épaisse, falciforme ; et une interne, circulaire, mince, comme la couche externe. En réalité, ces fibres sont intriquées les unes dans les autres. Ce qui importe, c'est qu'il y a des fibres longitudinales et des fibres circulaires.

Quant au col, la conception qui en faisait une zone presque uniquement conjonctive et élastique doit être abandonnée. On trouve, principalement dans la partie supérieure, des fibres circulaires qui, d'ailleurs, comme au niveau du corps, s'enchevêtrent avec des fibres longitudinales. Celles-ci descendent jusqu'au museau de tanche et viennent les unes du fond de l'utérus, les autres du vagin, après avoir fait un coude au niveau des culs-de-sac.

Physiologiquement, le col se dilate parce que l'utérus se contracte. Les fibres musculaires longitudinales, en se contractant, tirent sur les lèvres du col en haut et en dehors. Le résultat est que le col s'efface et s'incorpore au segment inférieur, ou tout au moins à son ébauche. Le canal cervical est devenu un simple orifice. Du col, il ne reste plus que l'orifice externe. Celui-ci, à son tour, s'ouvre, toujours sous l'action des fibres longitudinales, qui exercent sur lui des tractions excentriques, et peut alors laisser passer le contenu de l'utérus.

La physiologie de l'utérus se rapproche beaucoup de celle de l'intestin. Nous savons que, dans celui-ci, les fibres circulaires, en se contractant en arrière du bol alimentaire, rétrécissent la lumière et le poussent en avant. Quant aux fibres longitudinales, d'une part, elles dilatent la portion de l'intestin

qui se trouve en avant du bol et, d'autre part, en se rétractant, elles remontent celle qui est en contact avec lui.

Bayliss et Starling ont appelé « loi de l'intestin » ce phénomène d'après lequel une excitation portée sur un point de l'intestin détermine une contraction du segment immédiatement situé au-dessus de ce point et un relâchement de la portion située au-dessous.

Pour l'utérus, il en est de même : les fibres circulaires poussent le contenu vers en bas, les fibres longitudinales dilatent la portion inférieure et tirent l'enveloppe utérine vers en haut. Comme pour l'intestin, les contractions des fibres circulaires sont péristaltiques et celles des fibres longitudinales sont antipéristaltiques.

Lorsque le col s'est effacé et est devenu un orifice entouré de fibres circulaires, celles-ci se comportent comme celles de la partie basse de l'utérus, c'est-à-dire qu'elles se relâchent, et l'orifice se dilate sous l'action de la contraction des fibres longitudinales.

Les contractions utérines ayant pour résultat la dilatation du col, voyons quel est le rôle joué par le système nerveux dans la production de ces contractions.

L'utérus est innervé par le plexus hypogastrique, qui forme deux lames placées à droite et à gauche en arrière des vaisseaux hypogastriques. Ce plexus, auquel se rendent le sympathique, les filets du pneumogastrique, les II^e, III^e et IV^e sacrées, se divise en d'autres plus petits. L'un de ceux-ci se trouve au niveau du cul-de-sac latéral du vagin. C'est une petite lame nerveuse appelée ganglion de Lee-Franckenhäuser.

Le sympathique est le nerf moteur : c'est lui qui amène la contraction. La moelle est un inhibiteur. Les contractions utérines sont, en effet, provoquées par l'excitation du sympathique et la section de la moelle, ou, ce qui revient au même, la rachianesthésie, loin d'arrêter ces contractions, les augmentent.

Quant à la sensibilité de l'utérus, elle provient des II^e, III^e et IV^e branches sacrées.

Le col utérin, comme l'utérus tout entier, est sous la dépendance du système cérébro-spinal, d'une part, et du système nerveux sympathique abdomino-pelvien, d'autre part. Mais, comme il a été démontré par les expériences de de Rein et, plus récemment, par Bacq et L. Brouha, ces deux systèmes peuvent être détruits expérimentalement ; ils ne sont pas indispensables à la parturition.

L'utérus possède donc une autonomie. Celle-ci était attribuée, il y a quelques années, aux ganglions parenchymateux autonomes qui forment un système nerveux végétatif intra-utérin. Aujourd'hui, on attribue à ces ganglions une fonction de nutrition et l'on tend, à la suite des expériences pharmacodynamiques entreprises par B. Waucaumont, à attribuer l'activité autonome de l'utérus à ses propres fibres-cellules musculaires.

De plus, comme l'a bien établi Keiffer, de Bruxelles, le col possède au niveau de son orifice interne ou de son voisinage immédiat de véritables corpuscules sensoriels terminaux, dont certains ne sont autres que des corpuscules de Pacini.

Ces corpuscules sensoriels sont en rapport avec les nerfs plus importants de la région et sont reliés au système cérébro-spinal et au système sympathique abdomino-pelvien. On comprend donc bien que, lorsqu'ils sont excités, ils puissent être le point de départ de contractions utérines. Il se produit, en effet, un véritable réflexe ; et l'on peut considérer l'orifice interne du col, entouré de son sphincter, comme un point nodal, le point de départ des contractions rythmées de l'organe tout entier. D'ailleurs, de tout temps, les obstétriciens se sont servis de cette sensibilité réactionnelle pour provoquer le travail au moyen de sondes.

CAS AIGUS DANS LESQUELS L'ÉVACUATION DE L'UTÉRUS EST INDIQUÉE

Puisque nous n'envisageons pas ici la question des accouchements, ces cas sont représentés par les avortements ; et, pour en faciliter l'exposé, nous distinguerons les cas faciles et les cas difficiles.

A) *Cas faciles*. — Il s'agit, le plus souvent, d'une femme qui fait une fausse couche pathologique, c'est-à-dire non provoquée.

L'utérus est en travail, il se contracte. Les premières contractions effacent le col en l'incorporant à l'isthme et il se forme une ébauche de segment inférieur. Les contractions suivantes agissent sur l'orifice utérin et le dilatent.

Ordinairement, on n'a pas à intervenir sur un tel col : il est dilaté.

Si, toutefois, la dilatation est insuffisante, elle peut être facilement augmentée à l'aide des bougies d'Hégar. Par elles on excite la zone réflexogène ; ainsi l'on réveille les contractions et, par là même, la dilatation progresse.

Les bougies, maniées avec douceur, passent sans difficulté. Elles jouent le rôle d'excitateurs. L'opérateur a l'impression de dilater, mais, en réalité, il ne fait que suivre la dilatation. L'utérus ne demande qu'à travailler et la moindre excitation provoque des contractions.

S'il n'y a pas urgence, les lamineuses peuvent être employées avec succès. Leur action est plus lente que celle des bougies, mais elles présentent l'avantage d'être moins traumatisantes.

Le col ne fait donc pas obstacle, ou, si cet obstacle existe, il peut être facilement levé.

Quel traitement doit-on appliquer ?

Si l'œuf a été expulsé au complet, toute intervention est inutile et il est très probable que, par le seul traitement médical, tout s'arrangera.

Lorsque l'on n'a pas l'œuf sous les yeux, pour s'assurer qu'il a bien été expulsé en entier, il faut faire un toucher intra-utérin chaque fois que cela est possible. Si le col s'est reformé et refermé, il est probable que tout l'œuf a été expulsé et, en l'absence d'hémorragie et de fièvre, il est préférable de s'abstenir de toute intervention.

Il est à noter, toutefois, comme M. Metzger le fait remarquer, que, même après l'expulsion d'un œuf dit complet, la cavité utérine n'est pas vide : il y reste la caduque. Mais celle-ci a tendance à s'éliminer spontanément, soit en bloc, soit sous forme de lochies.

Lorsque l'examen de l'œuf, le toucher intra-utérin ou l'hémorragie nous fait poser le diagnostic de rétention, nous nous trouvons le plus souvent en présence d'une grossesse de deux ou trois mois. Le fœtus est expulsé, mais il reste le placenta en totalité ou en partie.

Cet utérus doit être évacué. Le col ne faisant pas obstacle, puisqu'il est ouvert ou tout au moins dilatable, deux procédés d'évacuation s'offrent à nous : le curage digital et le curettage à l'aide d'instruments.

Le curage n'est pas chose facile à réaliser. Si l'on introduit le doigt dans le vagin, puis dans le col, comme pour un toucher vaginal, ce doigt n'est pas assez long pour atteindre le fond de l'utérus. Les articulations métacarpo-phalangiennes butent contre le périnée, l'exploration complète est impossible. Il est vrai que l'on peut abaisser l'utérus en s'aidant de la main gauche appuyée sur la paroi abdominale et en faisant tirer par un aide sur une pince tire-balle placée sur le col.

Mais, même ainsi, il est bien difficile pour le doigt d'aller avec sa pulpe visiter tous les coins et les recoins de la cavité utérine.

Pour faire, en effet, un bon curage, et même un bon toucher intra-utérin, il faut, et Guérin-Valmale et Garipuy insistent bien sur ce point, faire pénétrer toute la main droite, pouce compris, dans le vagin. Or, si cela est possible chez une multipare possédant une vulve souple et un vagin ample, cela est impossible chez une primipare au vagin étroit.

De plus, lorsque la main a pu être introduite dans le vagin, elle y est bien à l'étroit, et les deux doigts ou l'index qui pratiquent le curage sont loin de pouvoir se déplacer librement dans la cavité utérine. C'est pourquoi, si le curage peut parfois être indiqué pour expulser un œuf entier ou de volumineux débris, il échoue lorsque les débris sont moins importants.

Nous comprenons donc pourquoi les accoucheurs, qui voient surtout des avortements de trois à six mois, préfèrent le curage alors que les chirurgiens, qui traitent principalement des avortements des trois premiers mois, pratiquent plus volontiers le curettage.

Le curettage donne ici de bons résultats en général, car il s'adresse à des utérus dont le col est dilaté ou tout au moins dilatable.

Plus aisé à effectuer que le curage, il n'est cependant pas sans inconvénient. Il peut, en effet, être incomplet ou perforer l'utérus.

Le curettage peut être incomplet, car, malgré la dilatation du col, il reste une opération aveugle. On ne sait pas ce que l'on fait et on ne sait pas où l'on est de la séparation des parties placentaires du tissu utérin. M. Metzger insiste donc, avec juste raison, sur la nécessité de compléter le curettage par un toucher intra-utérin, qui, lui, nous renseigne sur le contenu de la cavité.

C'est, en effet, un mauvais procédé de s'assurer de la vacuité

d'un utérus en recherchant le cri utérin. On risque de le perforer, ou tout au moins de le blesser, et la cicatrice qui suit est une zone de moindre résistance pouvant provoquer une rupture utérine au cours d'un accouchement ultérieur. Il faut toujours manier la curette avec la plus grande prudence et nettoyer avec douceur.

Un autre risque de perforation est l'antéversion ou la rétroversion. Avant d'introduire la curette, il faut, si le toucher intra-utérin est impossible, explorer avec un hystéromètre le canal cervico-utérin et en noter la direction et la profondeur.

B) Cas difficiles. — Ce sont presque toujours des avortements provoqués.

Ici, il ne s'agit plus d'un œuf qui est expulsé parce qu'il est mûr avant terme : nous sommes en présence d'une grossesse que l'on a interrompue avant maturité.

La caduque se clive mal, d'où rétentions fréquentes.

L'utérus n'a pas tendance à se contracter et ses contractions, lorsqu'elles existent, ne dilatent pas le col. Celui-ci, en effet, est comme la caduque et n'a pas subi la maturation suffisante. C'est en vain que l'on essaie d'introduire le doigt dans un tel col. L'orifice externe se laisse franchir, mais l'orifice interne résiste. C'est à propos de ces cols que J.-L. Faure a pu dire à la Société de Chirurgie : « Je n'ai jamais pu mettre la pulpe de l'index dans le col de l'utérus en cas d'avortement ». Si l'on emploie des bougies, le résultat n'est guère meilleur. Les plus petits numéros passent, puis la résistance se fait sentir. On ne peut introduire des numéros supérieurs qu'en forçant et en faisant une déchirure.

Dans ces cas difficiles, nous nous trouvons donc devant un avortement incomplet avec un col insuffisamment dilaté et non dilatable.

Nous allons résumer ces cas en quatre observations.

Observation N° 1

Madame X..., primipare, âgée de 22 ans, est adressée à la clinique du Dr Caudrelier, le 15 Janvier 1938, par le Dr Leclerc, d'Elven. Ses dernières règles ont eu lieu en Novembre 1937. Elle a eu une perte le 8 Janvier et, depuis, a des lochies fétides avec une température de 38° le matin et 39°2 le soir.

A l'examen, on trouve un col de primipare, conique, laissant suinter un liquide purulent et fétide.

On essaie de dilater artificiellement le col sous rachianesthésie. La bougie d'Hégar numéro 13 passe à frottement dur. On a la sensation qu'on n'obtiendra pas une dilatation suffisante pour drainer ce gros utérus mou et infecté.

On pratique l'incision du col, qui est suturé sur un drain après curettage.

Observation N° 2

Madame Le B... est adressée à la clinique du Dr Caudrelier, le 12 Novembre 1937, par le Dr Rolland, pour écoulement fétide par le col utérin.

La malade avoue être allée se faire avorter dans une ville voisine (hystéromètre).

Au toucher : utérus de deux mois, col à peine entr'ouvert, lochies fétides.

Rachianesthésie à la syncaïne.

Impossible de dilater le col. Les premières bougies seules peuvent passer.

On incise le col et on le referme sur un drain après curettage.

Observation N° 3

Madame X..., âgée de 45 ans, est adressée à la clinique du Dr Caudrelier, le 15 Novembre 1937, par le Dr Rolland.

Cette femme vient d'expulser un fœtus de six mois. La délivrance n'a pas pu être faite. Le cordon filiforme pend entre les cuisses et la malade saigne. Le col s'est refermé.

Sous rachianesthésie faite à la syncaïne, on essaie de dilater le col. Mais celui-ci est fibreux et on ne peut pas passer une bougie d'Hégar supérieure au numéro 13 ; on a l'impression que, si l'on insiste, le col va éclater.

Après une colpotomie antérieure et décollement vésical, le col est incisé, ce qui permet d'extraire le placenta.

Col et vagin sont suturés.

Observation N° 4

Madame M... est adressée à la clinique du Dr Caudrelier par le Dr David, le 19 Avril 1938, parce qu'elle perd du sang abondamment depuis deux jours.

Cette femme avait un retard de règles de deux mois. Elle aurait fait, deux jours auparavant, une promenade en auto et, depuis, elle saigne.

Examen : col fermé — utérus de la grosseur d'un utérus de quatre mois, ne correspondant par conséquent pas à la date des dernières règles.

Devant l'impossibilité de dilater le col, on l'incise, ce qui permet d'évacuer un fœtus de deux mois, le placenta et de nombreux caillots.

On écouvillonne et on ferme sans drainer.

Voilà donc quatre observations pour lesquelles nous avons fait une incision du col.

La rétention de débris ovulaires entretenait, dans les deux premiers cas, l'infection, et, dans les deux derniers, l'hémorragie.

Que devons-nous faire ?

Les deux cas hémorragiques ne se discutent pas. L'intervention s'imposait.

Pour les deux utérus infectés, l'abstention pouvait être envisagée. Depuis ces dernières années, on fait, en effet, une large part au traitement général, et, à la suite des Américains, de nombreux gynécologues, tels que Rochat, de Lausanne, sont partisans de l'abstention systématique chez toute malade atteinte d'infection *post abortum*.

Il est vrai que la curette peut ouvrir de larges brèches dans la couche granuleuse et déclencher parfois des septicémies.

Mais cela est rare et la plupart des résultats obtenus après des évacuations utérines bien faites sont bons. Aubert pense que « malgré tout ce que l'on a dit de l'action novice des traumatismes grands et petits sur l'utérus infecté, il semble illogique au premier chef d'abandonner dans sa cavité des débris d'œuf en proie à la putréfaction ». Un tel utérus peut être comparé à un abcès. Il faut l'évacuer et le drainer.

Nous avons donc décidé le curettage. Pour le réaliser, il nous fallait tout d'abord lever l'obstacle du col non dilaté. Il y avait urgence et il ne pouvait être question d'employer des lamineuses. Nous avons essayé les bougies d'Hégar, mais impossible de dépasser le numéro 13.

Si nous avions insisté, nous n'aurions pas dilaté le col, nous l'aurions forcé et, vraisemblablement, il s'en serait suivi un éclatement de l'isthme.

Si, avec cette petite dilatation, nous avons tenté le curettage, n'ayant aucun moyen de contrôle, nous n'aurions pas pu le faire convenablement. En effet, si, avec une bonne dilatation, le curettage est une opération difficile, ici, il est vraiment aveugle. On travaille dans un puits où l'on ne voit rien. Aran, en 1860, le traitait de « sorte de tir à la cible, les yeux fermés ».

D'ailleurs, même si nous avions réussi à vider entièrement ces utérus, nous n'aurions pas pu, en raison de la faible dilatation du col, drainer d'une façon satisfaisante.

Nous nous sommes donc crû autorisés à inciser le col.

CAS CHRONIQUES DANS LESQUELS L'ÉVACUATION DE L'UTÉRUS EST INDIQUÉE

L'évacuation de l'utérus peut se poser dans d'autres conditions que celles de l'avortement pathologique ou criminel.

Nous voulons parler de certaines malades dont le corps utérin n'a jamais été évacué complètement *post partum* ou *post abortum* et qui sont, pour ainsi dire, en état de rétension chronique.

Ce sont ces malades qui viennent consulter parce que, depuis leur accouchement ou leur fausse couche, leur santé n'a jamais été bien brillante. Leurs règles sont très irrégulières. Elles ont des pertes blanches, de temps en temps de la température. Elles sont envoyées au chirurgien avec le diagnostic de fibrôme, polype, ou métrite hémorragique.

A l'examen, on trouve un utérus assez mou, le col est dur, quelquefois déchiré, toujours suintant.

Observation N° 5

Mme G..., âgée de 40 ans, est adressée à la clinique du Docteur Caudrelier par le Docteur Rolland.

Cette femme a des métrorragies depuis son dernier accouchement, fait quatre ans auparavant dans des conditions très difficiles.

A l'examen, on trouve un utérus gros, globuleux, avec un col déchiré.

Sous une anesthésie faite à l'évipan, on essaie de dilater artificiellement le col pour faire un curettage. Les premières bougies passent, mais impossible de dépasser le n° 13.

Une colpotomie antérieure, suivie d'incision du col, permet de faire un curettage qui ramène de vieux débris placentaires.

Nombreuses sont les malades à qui on fait une hystérectomie fundique ou sub-totale, et à qui, à l'examen de la pièce, on

ne trouve, dans un utérus à musculature normale, que quelques débris placentaires qui sont à la source des métrorragies et des phénomènes infectieux.

Un curettage les aurait peut-être guéries, mais il est impossible : le col ne se laisse pas dilater. Ici, comme dans les avortements provoqués, l'utérus n'est pas en travail et, même si on réussit à le faire se contracter, les contractions sont inefficaces sur la dilatation, car le col n'a pas subi la maturation gravidique.

Avec la petite dilatation que l'on peut obtenir, la curette travaillerait à l'aveugle et le drainage serait impossible, ou tout au moins insuffisant.

Il faut donc trouver un autre moyen d'évacuer et de drainer l'utérus. Seule, l'incision du col permet de résoudre ce double problème. Elle nous semble être en mesure de guérir ces malades en les mettant à l'abri de l'hystérectomie, opération toujours mutilante, surtout pour des femmes encore jeunes.

Dans tous les cas d'avortements incomplets avec col rigide, et chaque fois qu'il s'agit d'intervenir dans la cavité utérine pour un cas chronique, l'utérus se comporte comme une poche à canal excréteur indilatable.

Pour évacuer et drainer ces utérus, il faut donc en inciser le col : faire une cervicotomie, tout comme l'on fait une urétrotomie pour un rétrécissement indilatable de l'urètre.

Nous allons voir où doit porter cette incision du col et comment on doit la pratiquer.

RAPPORTS DU COL UTÉRIN

Le col, sur la femme enceinte de deux à trois mois, se présente sous la forme d'un segment cylindrique légèrement conique, à base supérieure, d'une longueur d'environ 30 à 40 m/m.

L'insertion du vagin le sépare en deux parties : la partie intra-vaginale, encore appelée museau de tanche, qui fait saillie dans la cavité vaginale, et la partie sus-vaginale, dont nous allons étudier les rapports.

En avant, cette portion sus-vaginale du col est séparée de la vessie par un tissu cellulaire qui remplit l'espace vésico-vaginal. Cet espace est limité en haut par le cul-de-sac vésico-utérin. Parfois, ce cul-de-sac vésico-utérin descend plus bas et recouvre toute la zone sus-vaginale du col. Nous verrons plus loin l'importance de cette possibilité.

En arrière, le cul-de-sac péritonéal, appelé cul-de-sac de Douglas, descend très bas et sépare la partie basse de l'utérus du rectum.

Latéralement, il y a l'artère utérine et l'uretère qui se croisent à 15 millimètres du col utérin. L'artère utérine donne des branches cervico-vaginales et vésico-vaginales qui se rendent à la partie basse de l'utérus, au col, au vagin et à la vessie. Ces branches cervico-vaginales naissent normalement assez en dehors de la paroi latérale de l'utérus, sauf chez la femme à terme, où elles naissent au contact même de la paroi utérine. A côté de ces artères, dont le calibre est relativement peu augmenté au cours de la grossesse, se trouvent des veines dont le calibre augmente considérablement au cours de la gestation.

ZONE D'ÉLECTION POUR L'INCISION

Il est donc impossible d'inciser l'utérus sur les côtés. Les vaisseaux utérins et l'uretère sont là pour rendre toute manœuvre latérale dangereuse, comme le montre l'observation suivante :

Observation N° 6

Malade envoyée à l'hôpital Beaujon, dans le service de M. Tuffier, pour métrite hémorragique. Le curettage est fait par l'interne du service. N'obtenant pas une dilatation suffisante aux bougies, celui-ci se croit autorisé à inciser latéralement le col. Deux coups de ciseaux lui suffisent à sectionner le museau de tanche, mais aussi à déterminer une hémorragie due à la blessure de l'utérine et qui nécessita l'hystérectomie totale.

En arrière, l'incision serait également dangereuse à cause du cul-de-sac recto-utérin, qui adhère à la face postérieure de l'utérus et se laisse difficilement décoller. Il est vrai cependant que, dans la césarienne vaginale, certains accoucheurs font, en plus de l'incision antérieure, une incision postérieure. Nous n'en voyons pas l'utilité, même dans cette opération, où l'incision antérieure doit être suffisante si elle est assez prolongée. Pour faire l'incision postérieure il faut décoller le Douglas et, bien souvent, on le perce.

En avant, le tissu cellulaire de l'espace vésico-utérin est assez lâche, particulièrement chez la femme enceinte, et on arrive facilement à le décoller. C'est donc là qu'il faut inciser après avoir récliné la vessie. C'est la voie d'abord de choix et c'est elle que nous allons décrire.

TECHNIQUE

Temps préparatoires

1° *Anesthésie.* — Dans tous ces cas, sauf celui de l'observation n° 5, nous avons employé la rachianesthésie faite à la syncaïne. Le gros avantage de ce mode d'anesthésie est le relâchement complet des releveurs. Tout vaginisme est supprimé, ce qui facilite les manœuvres.

Pour la malade de l'observation n° 5, nous avons employé l'évipan glucosé. Nous avons eu un peu d'agitation. Il est vrai qu'il s'agissait d'une femme grasse.

2° *Position de la malade.* — Malade en position gynécologique habituelle : le siège débordant largement le plan de la table. Un léger Tredelenbourg expose encore mieux la région.

3° *Préparation de la malade.* — Malade rasée et vessie vidée. Le périnée et le vagin sont désinfectés à la teinture d'iode.

4° *Eclairage.* — Un éclairage frontal, ou, à son défaut, un éclairage horizontal, est absolument indispensable, comme pour l'hystérectomie vaginale.

5° *Aides.* — L'opérateur se place entre les cuisses de la malade et à besoin de deux aides : l'un à droite, l'autre à gauche.

Opération

1° *Mise en place de deux valves.* — La postérieure étant plus longue que l'antérieure : le col est ainsi bien exposé.

2° *Abaissement du col.* — Par deux pinces de Museux, chacune fixée à une commissure du col.

Le col étant bien amarré, l'aide enlève la valve antérieure, ce qui permet au col de s'abaisser.

3° *Repérage du fond de la vessie.* — Il est prudent, à ce moment, de mettre un catheter vésical, afin de repérer le fond de la vessie.

4° *Colpotomie antérieure.* — On pratique en avant, au bistouri, une incision transversale, un peu concave vers le haut. Cette incision est faite à petite distance du sommet du col, au niveau de l'insertion du vagin sur celui-ci. Il faut se défier des incisions faites trop hautes. La vessie descend toujours plus bas qu'on ne croit.

Avec une pince en cœur on prend la lèvre supérieure de l'incision et l'on travaille avec les ciseaux, décollant la paroi antérieure du vagin.

Il est bon de rester en contact avec le col utérin, surtout lorsqu'il s'agit d'une femme âgée, chez qui la vessie descend très bas. C'est le seul temps un peu délicat de l'opération.

Brusquement les ciseaux s'enfoncent. On est dans l'espace décollable que les deux index effrondrent en s'écartant.

5° *Repérage du cul-de-sac vésico-utérin.* — On remet en place la valve antérieure, qui entraîne la vessie vers la symphyse. L'éclairage frontal permet de voir le cul-de-sac vésico-utérin, dont la teinte nacrée ne laisse aucun doute.

Le cul-de-sac vésico-utérin repéré, on tasse rapidement une compresse sous la vessie, dans l'espace décollé. Cette compresse est maintenue par la valve antérieure.

Le col et la partie inférieure du corps utérin sont ainsi bien exposés, la main gauche de l'opérateur tenant toujours les pinces de Museux.

6° *Section du col.* — La valve vaginale antérieure confiée à l'aide de droite, la valve postérieure à l'aide de gauche, chacun des aides tire respectivement sur une pince de Museux de façon à bien exposer la future surface de section.

Cette section doit être faite aux ciseaux, dont un tranchant pénètre dans l'orifice du col.

Elle doit être médiane.

Elle doit être prudente mais non timorée. Il faut ouvrir largement le col, et même un peu du corps.

A mesure qu'on avance, on retire les pinces de Museux et on les remplace sur les lèvres de l'incision par des pinces en cœur.

Il ne faut arrêter cette section que lorsque le doigt pénétrant dans l'utérus est bien libre de tous ses mouvements.

7° *Evacuation.* — En modifiant l'inclinaison du miroir frontal et en faisant basculer davantage la malade on voit le fond de l'utérus, et il faut le voir.

Rien n'est plus simple alors que d'évacuer complètement cet utérus, au doigt ou à la curette, comme l'on veut.

8° *Suture du col.* — La suture du col doit se faire sur drain.

Le drain de Mouchotte peut être employé. Nous utilisons un drain de caoutchouc n° 30, long de 40 centimètres.

Pour suturer, on se sert de l'aiguille à pédale. On place d'abord le point supérieur le plus haut possible, on l'amarre avec une pince de Kocher que l'on tire à soi, et l'on remet par dessus un point de sûreté. Puis, progressivement, on ferme de haut en bas sur le drain, qui tombe dans le vagin et en sort.

9° *Suture du vagin.* — La valve antérieure et la mèche sous-vésicale enlevées, on suture le vagin sur le col par deux points placés de chaque côté du drain.

10° On place une mèche vaginale autour du drain et on remet la malade à plat.

11° *Soins post-opératoires.* — Rien de spécial. On enlève le drain le deuxième ou le troisième jour.

COLS INCISÉS ET GROSSESSE

L'avenir obstétrical des femmes ayant subi une incision du col est bon, en général. La fécondation est très possible et la grossesse est bien supportée. La proportion des avortements est très faible. Dans une statistique présentée en 1922 par Balard, de Bordeaux, sur 50 grossesses survenues chez des femmes dont on avait incisé le col pendant l'accouchement, il ne s'est produit que quatre avortements.

Rhenter a rappelé, en 1923, à la société d'Obstétrique et de Gynécologie de Lyon, l'évolution habituellement normale des accouchements consécutifs, tout en réservant la possibilité d'incidents ou d'accidents au cours de la dilatation d'un col cicatriciel. Gouilloud montra, au cours de la discussion, que ce sont les incisions circulaires du col qui peuvent entraîner une rigidité secondaire.

Au moment de l'accouchement, il suffit en effet de très peu de tissu sain pour que la dilatation se fasse. Comme nous avons une cicatrice linéaire, qui n'occupe qu'une portion du col et le plus souvent laisse tout le reste du tissu cervical dans son état normal, la dilatation ne se trouve pas ou très peu gênée.

Parfois, cependant, certains cols incisés présentent une sténose cicatricielle, et, ne se dilatant pas au moment de l'accouchement, nécessitent une césarienne. Ce sont les cols dont l'incision s'est infectée et qui sont devenus presque entièrement fibreux. Mais ils sont l'exception.

CONCLUSIONS

1. — L'évacuation de l'utérus abortif peut se présenter dans des conditions très différentes, qui dépendent de la dilatation du col.

Ce sont les contractions utérines qui effacent le col, puis le dilatent. Un col effacé peut être dilaté. Le col d'un utérus qui n'a pas travaillé ne se laisse pas dilater et, si on force, on fait éclater l'isthme.

2. — Dans l'avortement spontané, le col est ordinairement ouvert ou dilatable. L'œuf ne demande qu'à sortir au complet. Le minimum de manœuvres est à recommander. La curette mousse non traumatisante est le meilleur instrument.

3. — Dans l'avortement provoqué, il s'agit non plus d'un œuf qui est expulsé avant terme, mais d'une grossesse que l'on a interrompue avant maturité. La caduque se clive mal, d'où rétentions fréquentes. Même si des contractions existent, le col ne se laisse pas dilater, n'ayant pas subi une maturation suffisante.

Les lamineaires peuvent ramollir le col et parfois la dilater, ou tout au moins le rendre dilatable. Mais leur action est lente, et comme souvent il y a urgence, on ne peut attendre 24 heures ou quelquefois davantage.

La dilatation aux bougies est la plupart du temps insuffisante et même dangereuse si l'on force.

Pour évacuer et drainer, il faut inciser le col, et l'incision en avant par *colpo-cervicotomie antérieure* est la seule manière logique d'explorer un utérus, de le vider et de le drainer.

4. — C'est également cette voie d'abord de la cavité utérine que nous recommandons pour nettoyer les utérus en état de rétention chronique, et qui renferment des débris placentaires qui ont pu échapper à des curettages précédents. Ce qui permettra d'éviter quelques hystérectomies.

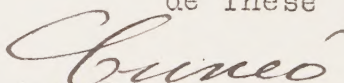
5. — Cette opération peut être comparée à une césarienne vaginale et la technique opératoire est sensiblement la même.

6. — L'avenir obstétrical des femmes ayant subi l'incision du col est bon, en général.

Vu: Le Doyen

Vu: Le Président
de Thèse

TIFFENEAU



Vu et permis d'imprimer:
le Recteur de l'Académie de Paris

ROUSSY

BIBLIOGRAPHIE

- BALARD (1922). — **L'avenir obstétrical des femmes ayant subi de grandes incisions du col pendant l'accouchement.** (*Revue Française de gynécologie et obstétrique* — Octobre).
- CHALEIN-VIVIE & AUDEBERT (1896). — **Traitement de l'avortement incomplet.**
- G. ECALLE (1925). — **Les incisions du col en obstétrique.** (Leçons du jeudi soir à la Clinique Tarnier).
- J. FIOLE (1929). — **Le curettage utérin.**
- HOFMEIER (1904 et 1905). — **Sur les suites des incisions profondes du col.** (*Centrabl. f. Gyn.*).
- H. KEIFFER (1932). — **Les appareils nerveux de l'utérus des mam-mifères.** (Leçons du jeudi soir à la Clinique Tarnier).
- P. LANTUEJOUL (1932). — **La Sténose cicatricielle du col utérin.** (Leçons du jeudi soir à la Clinique Tarnier).
- MAYGRIER (1897). — **Traitement de l'avortement incomplet.** (*Société d'obstétrique et de gynécologie de Paris*).
- M. METZGER (1928). — **La dilatation du col de l'utérus au repos est impossible.** (Leçons du jeudi soir à la Clinique Tarnier).
- M. METZGER (1936). — **Le chirurgien devant l'état puerpéral.**
- VAYSSIÈRE (1925). — **De l'exploration intra-utérine, du curage et du curettage.** (*Marseille médical* — N° 25).
- R.-L. ROCHAT (1936). — **A propos du traitement de l'avortement incomplet.** (Leçons du jeudi soir à la Clinique Tarnier).
-

